

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			ALAN DAVID FIGUEROA GARNICA					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1094248149
CORREO ELECTRONICO:			alan2608@hotmail.com			CELULAR:		3202219964
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			U. ESP UCI NEONATAL USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	KE10J04	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			61665695427				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		2383			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	2432	FECHA	2025-12-09 12:33:01.000	NÚMERO DE CRP	56366	FECHA	2025-12-19 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:								
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2025-12-01			2025-12-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$13,519,950				
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%			N/A	
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.								
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO								
CONCEPTO						VALORES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:						\$148,178,651		
VALOR EJECUTADO						\$148,178,651		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$13,519,950		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$0		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						100%		
El intervisor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:								
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.								
Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES		
92194907	\$5,407,980	\$675,998	\$865,277	3	\$131,738	\$1,673,013		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
RONALD MEZA COLON 91446480 Supervisor								
Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.								
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1) Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente	Realizan los procedimientos y actividades de forma integral de acuerdo a lo previsto en el plan de tratamiento del paciente	Registro de valoraciones - procedimiento en historias clínicas
2) Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio	Se realiza plan individual de tratamiento para los pacientes hospitalizados de acuerdo a la patología y a un plan de tratamiento integral	B. Registros adecuados en historias clínicas
3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes Se cumplen con las exigencias legales y éticas del manejo de los registros clínicos	Registros y custodia adecuada las historias clínicas
4) Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado	Se realiza la revista médica diaria, académica y asistencial en la U.R.N. Y asesoría en Alojamiento Conjunto y Reanimación	Programa en atención al Recién Nacido y proceso Docente Asistencial
5) Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso	En cada visita se da información a los familiares	Se deja constancia en la H.C. de la información dada a los familiares.
6) Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Se mantiene al día registros necesarios, actividades o intervenciones	Registros adecuados en historias clínicas
7) Participar en la programación de las actividades de la Subred	A. Participación activa de las actividades de la Subred	B. Asistencia de actividades indicadas
8) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Notificación obligatoria de acuerdo a la norma	Realización e fichas de notificación de acuerdo a la normal
9) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notificación de fallas de calidad, así como participación de análisis de acuerdo a planes de mejora	Notificaciones y planes de mejoras indicados
10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes	A. Se imparten instrucciones para el cuidado de pacientes	B. Manejo intrahospitalario multidisciplinario
11) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligenciamiento adecuado de formatos	Verificación de formatos
12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	Se realizan intervenciones de acuerdo a mis responsabilidades	Registro adecuado de historias clínicas
13) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Se brinda información completa	Registros de asistencia
Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	Participación en actualización e implementación de guías y protocolos para el servicio	Documentos del servicio requeridos
15) Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.	Informará las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación / rehabilitación del usuario	Reporte de dificultades o faltantes de insumos
16) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área	Se realiza registro de actividades para consolidación de producción mensual	Consolidados
17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	Participación en investigación	Desarrollo de proyectos de investigación
18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	Se realiza la supervisión de contratos	Supervisión de contratos
19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.	Cumplir con entregar la constancia de afiliación al SGSSS, con el que se ejecuta el contrato mensualmente.	Copia de la planilla de pago del SGSSS, del mes certificado
20) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	Informe mensual de actividades	Entrega de Informe mensual
21) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Se responde por elementos entregados en caso de terminación de contrato	En caso de terminación de contrato se responde por elementos entregados
22) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Se responde por elementos entregados en caso de terminación de contrato	En caso de terminación de contrato se responde por elementos entregados
23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. Participación en jornadas de inducción, mejoramiento, acreditación	Lista de asistencia a actividades convocadas
24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Conocimiento y cumplimiento de procedimiento establecidos para la subred	Conocimiento y cumplimiento de procedimiento establecidos para la subred
25) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Se realizan demás actividades indicadas en el contrato	Se realizan demás actividades indicadas en el contrato

RONALD MEZA COLON
91446480
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1094248149	ALAN DAVID FIGUEROA GARNICA		Carrera 90a/8a-68 Tintal	3202219964	alan2608@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-11	2025-11	I	09/12/2025	92194907	TOTAL A PAGAR
					\$3.513.000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	1.375.000	0		0		0	0	0	0	1.375.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	1.760.000	0	0	55.000	55.000	0	0		1.870.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	268.000				268.000	0	0	268.000			2.680	268.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	1.375.000	1.375.000
Pensión	1	1.870.000	1.870.000
Riesgos Laborales	1	268.000	268.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	3.513.000	3.513.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1094248149	ALAN DAVID FIGUEROA GARNICA		Carrera 90a/8a-68 Tintal	3202219964	alan2608@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-11	2025-11	I	09/12/2025	92194907	\$3.513.000
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																		
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1094248149	FIGUEROA GARNICA ALAN DAVID				59	0			N																	230301	11.000.000	1.760.000	0	0	55.000	55.000	EPS037	11.000.000	1.375.000	14-11	11.000.000	3	268.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Espacio para
Logo Corporativo

ALAN DAVID FIGUEROA
GARNICA
NIT 1.094.248.149-7
CR 90 A 8 A 68 TO 1 AP 1102
Tel: (601) 3202219964
Bogotá - Colombia
alan2608@hotmail.com



Factura electrónica de venta
No. FVE 67

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE		
NIT	900.959.048-4	Teléfono	(601) 3133152085
Dirección	CALLE 9 39 46	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	16/12/2025, 15:32
Expedición	16/12/2025, 15:32
Vencimiento	16/12/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	HONORARIOS ESPECIALISTA DICIEMBRE DE 2025 CONTRATO 2383-2025	1.00	13,519,950.00

Total items: 1

Valor en Letras:

Trece millones quinientos diecinueve mil novecientos cincuenta pesos m/cte

Forma de pago:

Crédito

Medio de pago:

Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2025-12-16 por \$ 13,519,950.00

Observaciones:

Total Bruto	13,519,950.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	13,519,950.00

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764099144053 aprobado en 20250924 prefijo FVE desde el número 61 al 100 Vigencia: 6 Meses**
Régimen simple de tributación - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUFE: 8047d6e3e20717d1298ea6ca2ccab2f27edca659531491675ba0b98f3edab100a000f5bd16e8adc39b13e2bd568cefd